

bronhospastic syndrome bronchitis. Complex utilization of **serevent** and haloterapy obtain a total and prolonged clinical remision of bronchitis.

CO-OPERAREA CENTRU-EST EUROPEAN ȚINTIND REDUCEREA FUMATULUI LA PERSONALUL DIN SĂNĂTATE

Radu Negoescu, profesor, membru corespondent, Institutul de Sănătate Publică, București, România

Fumatul în rândul personalului medical necesită o abordare separată și o atenție specială. Profesioniștii din domeniul sănătății joacă un rol foarte important în controlul național și internațional al tabagismului, dar subestimează adesea impactul pe care îl au asupra pacienților atât ca modele, cât și ca autoritate morală și de competență.

Prevalența fumatului la medici era în anul 2000 net superioară în țările-candidate UE (% $32,2 \pm 14,0$ SD; $n = 12$) față de UE (% $19,8 \pm 10,4$ SD; $n = 13$, date KTL - Helsinki). Literatura remarcă diferențe geografice în ceea ce privește fumatul la medicii din Europa. Astfel, în statele nordice medicii fumează mai puțin (7-23% medici și 3-15% doctorițe – sub media populației generale) decât în cele din Est și Sud, unde rata este de 30-45% la doctori și 40% la doctorițe, valori ceva mai mari decât în populația generală. Cele mai mici prevalențe în fumat (sub 20%) se întâlnesc în Finlanda, Norvegia și Marea Britanie. Turcia, Grecia și Olanda sunt printre țările cu prevalențele cele mai mari ale fumatului (peste 50%) la medici [1].

În România medicii fumează global în proporție de 43,2% (bărbați: 50,1%, femei: 38,6%), iar 16,6% sunt ex-fumători [1]. Cea mai mare prevalență a fumatului se întâlnește în grupa de vârstă de 30-49 de ani: 44,3% și în rândul specialiștilor [2]. Pneumologii prezintă cea mai mare prevalență, 60,5% la bărbați și 40,0% la femei, în grupa de vârstă 31-50 de ani [2]. Medicii de familie sunt fumători activi în proporție de 27% (40% bărbați, 19% femei), 19% sunt fumători pasivi; dintre ei 72% au cunoștințe teoretice despre realizarea sevrajului, 21% au folosit în practică tehnici de sevraj și 9,3% au legături cu medicii specialiști în privința sevrajului [3]. Chirurcii sunt fumători activi - 45,8% (31,8% regulat și 14% ocazional), iar 15,9% sunt ex-fumători. Acest grup particular de specialiști se dovedește a fi cel mai rezistent la metodele și tehnicile de realizare a sevrajului [3].

Studentii în medicină, conform studiului efectuat la Universitatea de Medicină Constanța, fumează cam 42%, motivând curiozitatea, imitația, oboseala, somnolența și nevoia de a-și crește performanțele intelectuale [2]. La Universitatea de Medicină București, anul IV, erau 32,7% fumători (30% femei și 36,5% bărbați), iar 7,8% ex-fumători; 83% dintre studenți primiseră informație despre fumat ca factor de risc, 53% fuseseră informați despre fumatul ca agent cauzal, 30% despre sevraj și 22% despre tehnici de abordare a pacientului fumător. Farmaciștii din România prezintă 21,9% fumători activi și 10,7% ex-fumători; 8,9% sunt fumători pasivi [3].

Competiția *Quit&Win* este un joc serios de societate, coordonat din 1994 de Institutul Național de Sănătate Publică (KTL) din Helsinki, ce propune în schimbul lăsării de fumat în luna mai un tichet pentru tragerea la sorți a unor premii monetare stimulative, naționale și internaționale.

Quit&Win 2000 România, la prima organizare coordonată național de Institutul de Sănătate Publică din București (ISPB), s-a soldat după un an cu 26,8% nefumători absoluți (începând cu 2 mai 2000) – a 2-a euro-performanță după Germania 2000 cu circa 30% - și cu 44,6% nefumători la 1 iunie 2001 – sensibil peste euro-performanța maximă până acum de 37,3% în regiunea Veneto, Italia, așa cum a arătat ancheta de supraveghere la 1 an pe 321 de respondenți din 1323 înscriși.

Quit&Win 2002, angrenând 98 de țări și circa 800000 de fumători, a adresat pentru prima oară separat personalul din sănătate (HP). În 2002 Moldova a participat pentru prima dată la *Quit&Win*, cu sprijinul României.

România a coordonat *Quit&Win 2002 in HP* din țările atunci candidate la UE (EU Accession Countries - EURACO), cu acordul comitetului de coordonare internațională din KTL, Helsinki.

Materiale și metode. Coordonarea națională Quit&Win România (Colectivul Profilaxie a Bolilor Cardiovasculare – ISPB) a susținut în ianuarie-martie 2002 Forumul Internet EURACO pe teme privind fumatul actual la personalul medical (*health professionals* – HP), strategiile naționale de combatere, statisticile euro-comparative pe zone și profesii, în pregătirea Conferinței Euro-regionale Quit&Win 2002 – HP. Aceasta a reunit la Centrul de Sănătate și Medicina Preventivă Herghelia, Cevasu de Câmpie - Mureș pe 15-17 martie 2002 coordonatori naționali din Cehia, Polonia, Slovacia, România (EURACO), Moldova – ca observator și Finlanda, țara de referință UE (4,5 % fumători dintre medici), împreună cu cei mai eficienți organizatori regionali români ai campaniei Quit&Win 2000.

Conferința a fost structurată în sesiuni de comunicări și grupuri de lucru. Sesiunile de comunicări au prezentat strategiile și planurile de acțiune Quit&Win – HP în țările participante și un set de prelegeri expert, care au abordat tema fumatului din puncte de vedere diferite, variind de la abordarea psihologică a dependenței la campania în rândul medicilor, văzută din interiorul profesiei. În cadrul sesiunii de prelegeri au mai fost atinse subiecte ca: fumatul și uzul de droguri la adolescenți, planificarea evaluării, evaluarea performanțelor, metode alternative de realizare a sevrajului. Un spațiu semnificativ în program a fost acordat gazdelor Conferinței, care și-au prezentat tehnicile de sanogeneză, unice în țara noastră, organizate în jurul programului NEWSTART, accesibil chiar pungii românești.

Grupurile de lucru în număr de 5 au avut ca temă: campania la medici, campania la asistentele medicale, campania la farmaciști și personalul paramedical, campania în marile aglomerări umane, campania în zonele rurale și în orașele mici. De asemenea, s-a alocat timp pentru comunicările participanților români, organizatori locali ai campaniei 2000, care și-au prezentat rezultatele, realizările și dificultățile. Acesta s-a dovedit a fi un exercițiu util, pentru că a prilejuit schimbul de experiență și informații, și foarte important, comunicarea între județe, mai ales că aceștia erau majoritatea reprezentanți ai Departamentelor de Promovare a Sănătății din Direcțiile de Sănătate Publică. Fiecare din modalitățile de structurare a conferinței a alocat timp pentru dezbateri libere, utile comunicării și schimbului de informație.

Rezultate. Dominanta grupurilor de lucru a constituit-o ideea unei campanii pozitive, care ține seama de profilul psihologic și condițiile specifice de lucru ale personalului medical, în sprijinul căreia să vină instrumentul legal de restricționare a fumatului în instituțiile medicale, normele de aplicare și control. Necesitatea promovării Legii Tutunului spre adoptare a fost, de asemenea, agreată de către toți cei prezenți. Atât în cadrul grupurilor de lucru, cât și la sesiunile în plen s-a avansat ideea că personalul medical este reprezentat de indivizi integrați în restul populației și supuși acelorași presiuni socio-economice, însă cu particularitatea extrem de importantă decurgând din misiunea lor în relația medicală: poziția de model pe care majoritatea pacienților sau subiecților îl urmează.

La finalul lucrărilor Conferința a adoptat Carta de la Herghelia, înaintată apoi spre contrasemnare sau *pro memoria* altor 7 țări EURACO, altor țări de referință UE (Italia, Spania, Marea Britanie), Oficiului Euro Copenhaga precum și Cartierului General OMS Geneva, o dată cu volumul de lucrări publicat ca E-book pe site-ul www.quitandwin.ro.

Carta (vezi textul în Addendum) leagă fumatul la HP de conștiința profesională, căreia carențe societale, precum nivelul scăzut de trai și instabilitatea eco-socială, atrasă de injustiție, suspiciune și corupție, îi oferă alibiuri endemice. Condiția de fumător/nefumător poate modula punctele (la noi numai viitoare, în alte EURACO deja efective), remunerând eficiența educației pentru sănătate în asistența primară, asigurarea de mal-praxis, unele costuri ale educației medicale (post)universitare.

Cele 18 euro-campanii Q&W 2002 care au ținut separat personalul medical, au inclus, cu o excepție, întreg grupul EURACO (11) ce a capacitat personal de sănătate (PS) în proporția de circa 10 % din recrutarea generală. Ungaria (989) și Bulgaria (867) au înrolat PS peste medie, Romania 160 PS din totalul de 1324, în timp ce Turcia a înregistrat recordul de 9096 de înscrieri. Cu o recrutare totală de peste 90000 de participanți Turcia a ilustrat forța unei campanii bine orchestrate, mediatizate

și susținute la nivele politice înalte, în care motivația superioară a ultimului clasat în cursa aderării pare să fi contat.

Astfel ținând separat PS prin formulare de înscriere special adresate, rețele specifice de distribuție și premii naționale dedicate s-a reușit o recrutare net superioară înrolării “naturale” de sub 1 % recrutării din alte ediții - corespunzând proporției PS în populația generală.

În privința angajării în a renunța la fumat ca procentaj din toți fumătorii PS (de exemplu, circa 4 per mille în România), mai sunt multe de făcut în URACO. În timp ce pe termen lung Q&W și alte campanii comunitare, orientate pozitiv, pot ajuta pe termen scurt alinierea la standardele UE prin atenuarea “alibiurilor endemice furnizate conștiinței profesionale a PS de săracie, injustiție, neîncredere și corupție” (Carta de la Hrehelia, 2002) pare a depinde de politici mai hotărâte ce adaugă discursului etic stimulente de selecție și promovare, precum și de aplicare riguroasă a legii.

România a exclus cu desăvârșire fumatul din unitățile de sănătate prin Ordonanța GR, nr. 13 din 30 ianuarie 2003, dar legea este încă firav aplicată.

Concluzii

La inițiativa României, Carta de la Hrehelia este un instrument de coordonare a campaniilor est-europene Quit&Win la personalul medical și de emulație între țările recent admise sau încă în curs de admitere UE în privința reducerii fumatului la o populație model - pas de sănătate publică în sprijinul accelerării procesului lor de integrare efectivă.

Bibliografie selectivă

1. Didilescu C., *Fumatul la medicii români* // Pneumologia, ianuarie, 2000.
2. Mihălțan F. D., *Ce nu știe fumătorul român?* Ed. Medicală, București, 2001.
3. Mihălțan F., Ciobanu M., *Tabagismul, consecințe și tratament*, Ed. Medicală, București, 2001.

Addendum

CARTA DE LA HERGHELIA

Conferința euro-regională privind Quit&Win la personalul medical, România, Hrehelia, 17 martie, 2002, prezintă această carte de acțiune pentru scăderea prevalenței fumatului la personalul medical din țările aflate în curs de aderare (EURACO) la Uniunea Europeană (EU). Mai mult, semnarii acestei carte doresc să sensibilizeze profesioniștii sănătății asupra importanței renunțării la fumat și să le furnizeze cunoștințele și tehnicile adecvate de abordare a epidemiei tutunului la nivel personal, la nivelul pacienților cu care aceștia se află în contact și la nivelul mișcării societale pentru controlul consumului de tutun. Această conferință este un răspuns la așteptările crescânde de la personalul medical în cadrul mondial al noii sănătăți publice. Discuțiile s-au concentrat asupra particularităților EURACO, dar s-a luat în considerare preocupări similare din alte țări central-europene și state membre ale UE. Carta contează pe progresul conștiinței publice și profesionale, cristalizat în *Declarația Mondială a Sănătății* adoptată la a 51-a Adunare Mondială a Sănătății în mai 1998 și în documente subiacente precum *Sănătate 21 pentru Regiunea Europeană OMS* și *Declarația de la Varșovia pentru o Europă împotriva Tutunului*, februarie, 2002.

PROFESIONIȘTI AI SĂNĂTĂȚII NEFUMĂTORI

Fumatul este primul în ierarhia OMS CINDI a factorilor comuni de risc pentru boli responsabile de 75 % din decesele înregistrate în țări dezvoltate. Aceasta este realitatea și în multe țări în curs de dezvoltare. Personalul medical se află în prima linie a combaterii consumului de tutun datorită autorității lor, bazată pe ocupația, profesiunea și misiunea lor. A fi fumător ca medic este un nonsens per se într-o lume logică. Când acest paradox este limitat la sub 5% dintre medici, cazul Finlandei, poate fi nesemnificativ; dar când prevalența fumatului în rândul medicilor crește la 32 %, cazul țărilor EURACO, este nevoie de acțiune imediată atât în beneficiul sănătății și bunăstării în țările implicate,

cât și în cel al construirii unei Europe lărgite mai sănătoase în viitor. Însăși EU actuală trebuie să aibă în vedere cele 19 procente de medici fumători comparativ cu cele 3 - 5 din USA. EURACO au datoria de a se angaja în mod serios în această direcție și să contribuie prin aceasta la o EU mai sănătoasă, începând cu profesioniștii sănătății.

Premise pentru renunțarea la fumat în rândul personalului medical

Condiția fundamentală este conștiința, legată de misiunea medicală și de voință - ca pentru oricare alt individ. Factori colaterali influențând mai specific decizia de a renunța la fumat sunt calitatea educației (incluzând educația continuă); un trai decent, cu mai puțini factori de stres, permițând timp de reflecție asupra perfecționării personale; stabilitatea sistemului eco-social bazată pe dreptate socială, încredere și echitate; stăpânirea corupției. Construcția conștiinței comunitare poate, de asemenea, constitui o premisă.

Argumentare

Pledoaria pentru condiția de nefumător al profesioniștilor sănătății trebuie să constituie o preocupare constantă în fiecare etapă a educației medicale continue, indiferent de specialitate. De exemplu, abordarea fumatului ca un factor de risc al BCV la reuniunile de cardiologie ar trebui completate cu sesiuni speciale dedicate fumatului la medici. Jocuri de societate, cum sunt Quit&Win, trebuie folosite ca un prilej special de a susține cauza renunțării la fumat a personalului medical.

Împuternicire și motivare

Favorizarea renunțării la fumat trebuie să înceapă cu măsuri de mediu fizic și organizatoric la locul de muncă; cu încurajarea atitudinilor antifumat prin diferite stimulente, de exemplu, punctarea diferită a activităților de promovare a sănătății pentru fumători față de nefumători, modularea primelor de asigurare pentru mal-praxis în funcție de statutul fumător/nefumător sau diferențierea după același statut a unor costuri în învățământul universitar medical.

Mediere

Premisele și perspectivele renunțării la fumat în sectorul de sănătate nu pot fi asigurate de către sistemul sanitar singur. Lucrătorii din domeniul sănătății publice care au responsabilitatea acțiunilor anti-fumat ar trebui să medieze între diferite arii de interes ale vieții sociale pentru a obține efecte coordonate din partea tuturor celor vizați: agenții guvernamentale, sectoarele sociale și economice, organizații non-guvernamentale, autorități locale și media. Conflictetele, stresul, stările negative de spirit și alți factori care conduc la fumat sau la recidiva sa ar trebui corect identificați și contracarați la nivel individual, familial și comunitar.

ACȚIUNE PENTRU STATUTUL DE NEFUMĂTOR AL PERSONALULUI MEDICAL

Elaborarea unor politici publice sănătoase

Adoptarea unor astfel de politici depinde de autoritatea centrală și locală, dar construcția lor trebuie să coopteze la scară largă lucrătorii din sănătate în poziția lor dublă de surse și receptori ai mesajelor de renunțare la fumat. Lucrătorii din sănătatea publică sunt primii chemați să militeze pentru adoptarea grabnică a legilor antitutun, a normelor și regulamentelor cu prevederi speciale în ceea ce privește instituțiile medicale. În acest ultim caz aplicarea legii rămâne o provocare redutabilă. Pentru a evita introducerea unor noi elemente de stres, aplicarea legii poate fi făcută prin supraveghere electronică neutră și obiectivă, introdusă gradat, începând cu zonele fierbinți, cum sunt secțiile de terapie intensivă și continuate până la deplina eliminare a fumatului din instituții.

Crearea unui mediu favorabil

Societățile noastre sunt complexe și intraconectate. Sănătatea nu poate fi detașată de alte obiective sociale. Legătura inextricabilă dintre lucrătorii din domeniul sănătății și mediile lor socioumane constituie baza abordării socioecologice a renunțării la fumat. Acțiunea în sus înseamnă aplicarea măsurilor antitabac la nivel central, în ministere și companii de asigurări de sănătate.

Acțiunea în jos înseamnă aplicarea unor măsuri locale la nivel de școli, medii de afaceri, locuri și transporturi publice. Personalul medical trebuie capacitat în toate acțiunile descrise mai sus.

Carta este semnată de L.Csemy – Cehia, W. Drygas – Polonia, H. Vrbanova – Slovacia, P. Sandström – Finlanda, I. Cuzuioac – Moldova, R. Negoescu – România și contrasemnată de O. Luchian - ISPB, N. Dan – CSMP Herghelia, Director – KTL Helsinki în calitate de depozitari.

INFLUENȚA PREPARATULUI *Bior* ASUPRA REZISTENȚEI NATURALE A ORGANISMULUI

Albina Brumar, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Principalul purtător al fosfatazei bazice printre elementele figurate ale sângelui și măduvei osoase sunt leucocitele neutrofile mature [7]. Neutrofilele conțin în structura lor granule. În granulele primare se localizează fosfataza acidă, iar în cele secundare - fosfataza bazică [4]. La etapa promielocitului, când sunt formate numai granulele primare, activitatea fosfatazei acide este mai înaltă. În neutrofilele mature conținutul de granule primare scade, iar conținutul celor secundare crește, intensificându-se activitatea fosfatazei bazice [11]. Se poate considera deci că creșterea activității fosfatazei bazice a neutrofilelor joacă un rol biologic important, deoarece constituie un factor decisiv în fortificarea funcției fagocitare [7].

Fosfataza este o metaloenzimă și conține în mod obligatoriu zincul necesar pentru exprimarea activității ei. La o moleculă de fosfatază, izolată din *Escherichia coli*, revin 4 atomi de zinc [6]. Molecula fosfatazei bazice din ficatul uman conține 3-4 atomi de zinc [3]. Capacitatea înaltă a leucocitelor de a fixa zincul este determinată de prezența fosfatazei [2]. Trecerea zincului din leucocite în plasma sanguină nu a fost stabilită.

S-a stabilit corelația dintre reactivitatea imunologică și cea alergică în funcție de conținutul microelementelor în sânge [5]. Astfel, la declanșarea reacției alergice, în țesuturi și sânge scade conținutul unor microelemente, în special, al zincului, iar restabilirea nivelului optim duce la majorarea rezistenței naturale a organismului.

Scopul studiului a fost determinarea acțiunii preparatului BioR asupra rezistenței naturale a organismului în tuberculoza pulmonară.

Materiale și metode. La 33 de bolnavi de tuberculoză pulmonară și la 60 de persoane sănătoase au fost studiate activitatea funcțională (testul NBT), numărul fagocitar (NF), indicii fagocitar (IF) și sistemul enzimatic al neutrofilelor (fosfataza acidă, fosfataza bazică și lactatdehidrogenaza), care au urmat terapia antituberculoasă și preparatul BioR 5 mg capsule, 20 de bolnavi cu tuberculoză pulmonară au primit placebo. Pentru stabilirea gradului de influență a preparatelor s-a recurs la testul NBT.

Rezultate și discuții. La internare activitatea funcțională a neutrofilelor la bolnavi în comparație cu persoanele sănătoase era scăzută (*tab. 1*). După tratament, activitatea funcțională a neutrofilelor s-a majorat la bolnavii care au primit BioR ($t = 2,59$, $p < 0,05$).

Testul NBT cu încărcătură la acest grup de bolnavi a demonstrat un indice al imunocorecției mai înalt. După tratament indicii înalți ai activității funcționale a neutrofilelor la bolnavii care au primit BioR au scăzut considerabil ($t = 4,00$, $p < 0,001$).

Tabelul 1

Indicii în testul NBT (în $\text{mg}/2 \times 10^6$ celule) până și după tratament

<i>Indici</i>	<i>Sănătoși (n-60)</i>	<i>Bolnavi (n-33)</i>	
		<i>până</i>	<i>după</i>
NBT	0,04±0,002	0,032±0,003	0,068±0,014*
NBT cu încărcătură		0,042±0,003	0,073±0,017
IIC		1,35±0,05	1,09±0,04*

Notă: * – diferența statistic autentică dintre indicii analizați până și după tratament.